

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE AOU
CAREGGI

Relazione dell' OIV sul funzionamento complessivo del sistema
della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni

Anno 2025

(ai sensi del D. Lgs 150/2009, art. 14, comma 4, lettera a)

30 Giugno 2026

INDICE

Sommario

PREMESSA.....	3
STRUTTURA DELLA RELAZIONE	3
1. PERFORMANCE E VALORE PUBBLICO.....	4
2 PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLE PERFORMANCE.....	6
3 STRUTTURA DI SUPPORTO	6
4 SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE.....	6
5 PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E DEGLI ALTRI UTENTI FINALI	7
6. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE.	7
7 DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV	7

Premessa

L'OIV oggi risulta composto dalla Dott.ssa Loredana Monica Elisabetta Luzzi, che lo presiede, dal dott. Oliviero Beni e dalla dott.ssa Anna Bonini.

Il Presidente Loredana Monica Elisabetta Luzzi e il componente dott. Oliviero Beni, al compimento del secondo mandato, sono stati prorogati, ai sensi di specifiche disposizioni normative, con Deliberazione del Direttore Generale n. 6 del 9 gennaio 2026 fino al 31/12/2027; la dott.ssa Anna Bonini è stata nominata per il primo mandato con Deliberazione del Direttore Generale n. 29 del 19/01/2024 con attuale scadenza 18/01/2027.

L'OIV ha elaborato la presente Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 14, comma 4, lettere a) e g) del d.lgs. n° 150/2009 e dalle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP). Come previsto dalla norma, con questa relazione l'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV) esprime, in maniera tecnica e imparziale, il proprio giudizio relativo al sistema di valutazione delle performance organizzative e individuali adottato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

L'attestazione del livello di attuazione degli obblighi in materia di trasparenza avviene secondo la procedura ed il relativo applicativo messo a disposizione da ANAC e secondo le indicazioni della stessa.

Nello svolgimento di questa attività l'Organismo si è attenuto alle indicazioni fornite dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica e sulla base della Delibera ANAC n. 168 del 15/04/2026. La stesura della Relazione risponde ai principi di trasparenza, attendibilità, ragionevolezza, evidenza e tracciabilità, verificabilità dei contenuti e dell'approccio utilizzato, ed ha lo scopo di definire e valorizzare i risultati raggiunti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi in materia di sviluppo del sistema di valutazione, e della performance attestando il buon livello di maturità dello stesso.

Si ricorda che, secondo le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica sotto un profilo generale, la Relazione riferisce, in modo chiaro e intellegibile, sul funzionamento del Sistema di misurazione e valutazione della performance nell'anno precedente a quello di redazione, cioè il 2025.

Struttura della relazione

La struttura della relazione riporta i seguenti punti:

1. Performance e valore pubblico;
2. Processo di attuazione del ciclo della performance;
3. Infrastruttura di supporto;
4. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione;

5. Partecipazione dei cittadini e degli utenti finali;
6. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione;
7. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV.

1. Performance e valore pubblico

Le linee di indirizzo strategiche e degli obiettivi da essi derivanti per l'anno 2025 sono indicati nel Piano della Performance pubblicato nel sito aziendale all'interno del PIAO 2025-2027 (Deliberazione DG n. 78 del 31/01/2025) con particolare riferimento al valore pubblico.

La valutazione sull'intero processo relativo alla performance organizzativa dalla fase di definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno e alla valutazione finale dei risultati è risultata positiva e conforme agli standard del sistema sanitario regionale. I processi posti in essere dall'amministrazione rispondono pienamente ai requisiti metodologici definiti dal D.Lgs. n. 150/2009.

La Relazione sulla performance evidenzia in modo puntuale e sintetico i risultati ottenuti per ciascuno dei tre livelli:

- a) la performance organizzativa dell'Azienda rispetto alla valutazione che fa annualmente il MES attraverso il Bersaglio ed ai risultati del Piano Nazionale Esiti;
- b) la performance organizzativa delle strutture aziendali rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il percorso di budget;
- c) la performance individuale del personale dipendente dell'Azienda.

L'azienda ha un processo di budget strutturato da anni che consente la verifica degli obiettivi e la rappresentazione degli esiti.

Il processo di budget si conclude con la verifica del grado di raggiungimento di tutti gli obiettivi contenuti nelle schede budget. Tale fase inizia l'anno successivo a quello di riferimento ed in particolare quando sono disponibili i dati consolidati e si provvede ad effettuare la verifica finale dei risultati raggiunti; vengono calcolati tutti gli indicatori con riferimento all'anno in corso, caricati nelle singole schede di budget di ciascuna struttura, calcolato lo scostamento dal valore atteso ed i corrispondenti punti realizzati per ciascun indicatore, nonché il grado per il raggiungimento complessivo di ciascuna struttura. In caso di non totale raggiungimento il peso corrispondente a ciascun indicatore si riduce proporzionalmente; la sommatoria di tutti pesi così calcolati dà luogo al grado di raggiungimento finale degli obiettivi di budget delle strutture e rappresenta la performance della struttura stessa. Il grado di raggiungimento finale di ciascuna struttura può variare da 0% a 100%.

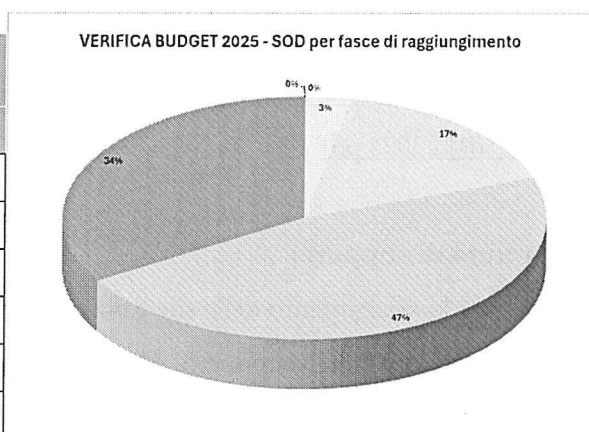
Le schede di budget possono essere consultate da parte di ciascun professionista in ogni momento su una piattaforma web aziendale; in corrispondenza di ogni indicatore vi è un campo note che dà la possibilità durante l'anno ai singoli direttori di struttura di scrivere qualsiasi osservazione o annotazione ritengano utile ai fini della valutazione dell'obiettivo stesso. Quando è terminata la verifica finale viene data comunicazione a tutti i direttori di struttura di consultare ed analizzare la propria scheda budget,

lasciando la possibilità a ciascuno di trasmettere alla direzione eventuali controdeduzioni e/o spiegazioni relativamente agli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti. Una volta acquisite e valutate tali osservazioni le schede di verifica vengono fatte sottoscrivere da ciascun direttore di struttura e trasmesse all'OIV per l'approvazione finale.

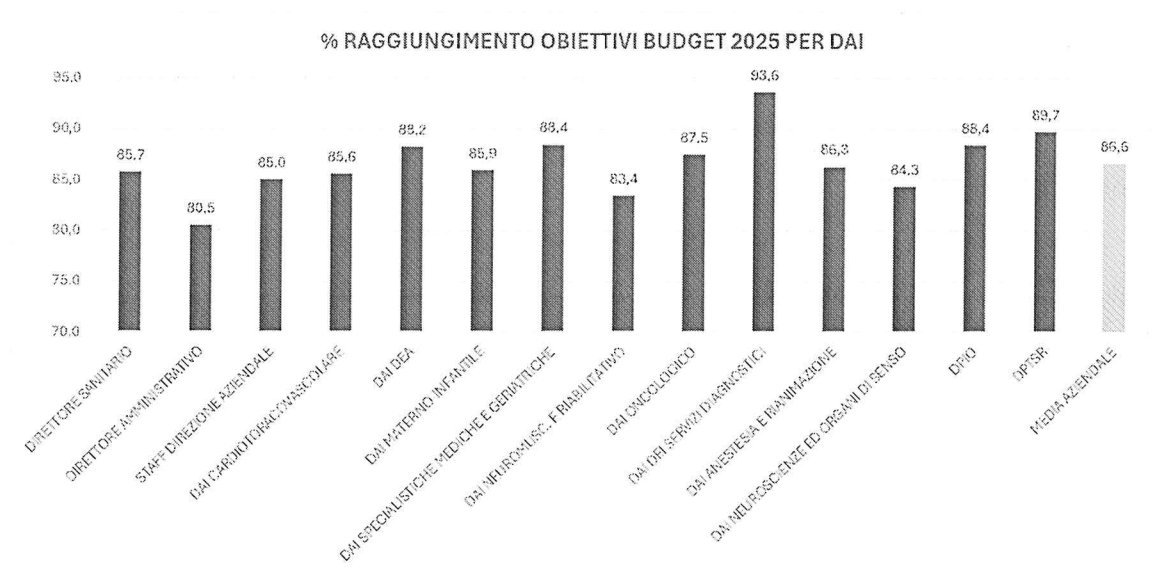
Nell'anno 2025 gli obiettivi budget strategici e trasversali sono stati quasi tutti raggiunti; il raggiungimento medio finale degli obiettivi di tutte le strutture è pari ad 86,6%.

Nella tabella e grafico sotto riportati si evidenzia la collocazione delle strutture nelle diverse fasce di raggiungimento.

VERIFICA BUDGET 2025 - RISULTATI FINALI		
FASCE RAGGIUNGIMENTO	N. SOD/UO	%
0-49	0	0%
50-59	0	0%
60-69	5	3%
70-79	27	17%
80-89	76	47%
90-100	55	34%



Il grafico seguente mostra la % di raggiungimento media di ciascun Dipartimento, sia esso sanitario o non sanitario.



Il sistema di monitoraggio e valutazione della performance individuale appare consolidato e accettato. Processi e strumenti appaiono in linea con le migliori prassi diffuse nelle aziende del SSN, garantendo la diretta relazione valutato — valutatore. Il sistema non sembra avere finora prodotto nella sua applicazione alcun contenzioso.

2 Processo di attuazione del ciclo delle performance

Il processo di attuazione del ciclo della performance trova la sua declinazione strategica nel PIAO – anno 2025, e nel sistema di Valutazione e misurazione della performance aggiornato con deliberazione n. 77 del 1.2.2024 cui si rimanda attraverso il seguente link

https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/wp-content/uploads/2024/02/24_Sistema_misurazione_valutazione_performance_allegati-deliberazione77_01022024.pdf

3 Struttura di supporto

L'OIV, per lo svolgimento delle sue funzioni, si è avvalso della Struttura Tecnica Permanente che ha fornito un valido e puntuale supporto. Ai fini della misurazione, infatti, la struttura tecnica acquisisce i dati, opera un'attività di confronto, selezione, analisi, interpretazione e diffusione. L'Azienda ospedaliera Universitaria Careggi dispone di un "cruscotto direzionale" volto a misurare le performance della struttura e selezionare quegli elementi più significativi che possono servire ad orientare gli organi decisionali nelle loro scelte strategiche.

4 Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

L'Azienda si avvale del portale "Amministrazione trasparente" per l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un processo che coinvolge tutte le strutture aziendali di riferimento sotto il monitoraggio del RPCT.

Ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g del d.lgs. n. 150/2009 e s.m.i., l'OIV ha analizzato l'effettiva pubblicazione dei dati richiesti dalla normativa vigente, verificando la completezza, l'aggiornamento e l'apertura del formato di ciascun documento, dato e informazione pubblicato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

Inoltre, l'OIV ha provveduto, in collaborazione con il RPCT, alla compilazione della Griglia di rilevazione per la valutazione degli obblighi di trasparenza. Ha steso quindi attestazione che l'amministrazione ha individuato le idonee misure organizzative volte a garantire la veridicità e l'attendibilità dei dati pubblicati. La rilevazione relativa all'attestazione (Delibera ANAC 168/2026) viene completata in data odierna e acquisita a sistema.

5 Partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali

L'adesione all'indagine PREMs sulla qualità percepita aveva trovato scarsissima partecipazione dell'azienda i primi anni di attivazione. Nel 2022 è stata introdotta per la prima volta come obiettivo di budget e questo ha inciso notevolmente sui risultati di partecipazione che sono arrivati ad oltre l'80%. Nel 2025 il tasso di adesione è stato sostituito col tasso di risposta, con un raggiungimento di ottimo valore pari al 32%. La disponibilità dei pazienti a raccontare la propria esperienza di ricovero ospedaliero è fondamentale per dare un contributo al processo di miglioramento continuo all'interno dell'azienda. Decisivo in questo senso è il ruolo dei professionisti sanitari che devono informare i pazienti favorendo il loro coinvolgimento e garantendo in tal modo che il flusso di dati sia alimentato in modo continuativo. L'osservatorio PREMs, infatti, è permanente; le indagini non sono campionarie ma sistematiche e proposte a tutta la popolazione dei pazienti dimessi dal servizio di ricovero ordinario; la somministrazione dei questionari è totalmente digitale e i risultati dell'indagine sono riportati in una piattaforma web in tempo reale ed in maniera continuativa, e possono essere consultati dai professionisti in ogni momento.

Così come attraverso l'indagine PREMs appena descritta, i pazienti valutano la qualità dei servizi offerti dalle strutture di degenza, allo stesso modo dal 2023 le strutture tecnico-amministrative sono state valutate per i servizi da loro offerti sia alla Direzione Generale che a tutti i dipendenti dell'azienda. Per misurare la qualità dei servizi offerti da tali strutture (staff, area tecnica, area amministrativa, direzione sanitaria) è stato infatti strutturato un questionario specifico al quale hanno risposto sia la Direzione Generale che tutti i professionisti che lavorano nell'azienda, e dal quale sono state evidenziate per ciascuna struttura da una parte le criticità o comunque gli ambiti da poter migliorare, dall'altra le eccellenze e punti di forza da poter prendere come riferimento.

6. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

Gli strumenti di monitoraggio e valutazione rivestono particolare importanza anche al fine di mettere in campo azioni correttive su alcuni obiettivi strategici. Il SMVP è parte integrante del ciclo di programmazione e controllo e del ciclo di budget. Il sistema prevede monitoraggio e controlli periodici.

7 Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

L'OIV ha svolto l'attività di propria competenza in linea con le prescrizioni di cui alla normativa di riferimento, attraverso: l'analisi della documentazione presentata dalla Struttura Tecnica di Supporto e/o da quella inviata dai responsabili delle strutture aziendali; l'analisi del sito aziendale e la verifica della documentazione in esso pubblicati.

Nel 2025, l'OIV si è riunito nelle seguenti date:

24 gennaio

20 giugno

4 luglio

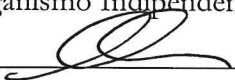
7 novembre

L'OIV si riunisce, di norma, in via telematica e ha accesso a tutta la documentazione.

L'OIV ha validato la relazione sulla performance riferita all'anno 2025 in data 30/06/2026 utilizzando i criteri suggeriti dalle "Linee guida per la Relazione annuale sulla Performance" del Dipartimento della Funzione Pubblica N.3 del novembre 2018.

In sintesi, il sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni dell'AOU Careggi ha dimostrato, anche nel 2025, un buon grado di maturità ed è volto al continuo miglioramento.

Per l' Organismo Indipendente Valutazione



Dott.ssa Loredana Elisabetta Luzzi, Presidente